



Fecha: \_\_\_\_\_

### CPSP CONSENTIMIENTO INFORMADO

CPSP es un programa de Medi-Cal cuya meta es conseguir que las mujeres embarazadas tengan cuidado prenatal temprano y continúen recibiendo cuidado hasta el final del embarazo. El resultado es madres más saludables, bebés más saludables.

CPSP es un programa voluntario que ofrece cuidado individualizado e incluye servicios **obstétricos (médicos)**, servicios de **nutrición, educación de salud, psicológicos y sociales**. Es un programa que el Estado de California ofrece a todos los que reciben Medi-Cal, incluyendo los miembros de IEHP y Molina.

Yo \_\_\_\_\_ declaro que el programa CPSP me ha sido explicado incluyendo una orientación sobre todos los aspectos de mi cuidado bajo este programa.

Entiendo cuales son los servicios que puedo esperar, que se espera de mí, y quién me va a dar los servicios que me han sido explicados.

Los servicios van a ser dados por \_\_\_\_\_  
Nombre del Proveedor Medico

- Doy mi consentimiento para participar en el Programa CPSP
- Declino dar mi consentimiento para participar el Programa CPSP

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma